

様式 7

アドバイス・レポート

平成 29 年 2 月 28 日

※平成 25 年 4 月 1 日以降に支援機構への受診申込分から適用

平成 29 年 1 月 7 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた平盛デイサービスセンター様につきましては、第三者評価結果に基づき、下記のとおりアドバイスをいたしますので、今後の事業所の運営及びサービスの提供に役立ててください。

記

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>1. 地域への貢献</p> <p>小学校内にデイサービスセンターがあり、子供達の声が入りやすい環境にあります。また趣味の教室に来られる一般の方の出入りに加え、登録している地域住民に対し、午前中を無料で入浴できるように施設を地域に開放されていました。地域ケア会議への参加や、認知症サポーター養成講座への協力等、事業所として参加されていました。</p> <p>2. 衛生管理</p> <p>職員会議やミーティングで看護師を中心に感染症が発生する時期に応じて対策を話し合い、対処法及び予防法を周知されていました。感染症マニュアルの整備や勉強会を実施されていました。</p> <p>毎日職員が利用者帰宅後に施設内の清掃をされていました。浴室は午前中一般に開放されている為、午前と午後と 2 回清掃されていました。トイレもきれいに清掃され、気になる臭いもありませんでした。</p> <p>3. プライバシー等の保護</p> <p>排泄や入浴時の対応について、プライバシーに配慮する項目を介護マニュアルに明記し、職員に周知されていました。またベッドで横になられる方にはパーテーションを使用することで、他者からの視線に配慮し、利用者が過ごしやすい環境作りをされていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 業務レベルにおける課題の設定</p> <p>施設長がスタッフと定期的に面談をされていましたが、それぞれの職種や業務レベルの課題を明確にし、具体的な解決を盛り込んだ計画は策定されていませんでした。</p>

	<p>2. アセスメントの実施</p> <p>初回には所定のアセスメント様式により、アセスメントをされていましたが定期的な見直しや見直しの基準がありませんでした。</p> <p>3. 利用者満足度の向上の取組</p> <p>利用者からの要望は、送迎時や直接話をする意識を持ち確認されていましたが、利用者に対する満足度調査やアンケートは実施されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 業務レベルにおける課題の設定</p> <p>それぞれの職種や業務レベル（生活相談員、介護職、看護師等）の介護サービスの質の向上のための問題点や課題を明確にし、その具体的な取り組み計画を策定し達成状況の定期的な確認や、必要に応じて見直す等の対応が必要になります。次年度の研修計画に盛り込む等、キャリアパスと関連性をつけていくことで、質の高いサービス提供につながるのではないのでしょうか。</p> <p>2. アセスメントの実施</p> <p>定期的に見直す機会を持つことで、職員にアセスメントの理解や必要性を促すとともに、更新や変更があった時は、その都度日付、理由、経過等を残して置くことが望まれます。定期的にあセスメントを行うことで、利用者の心身状況や生活状況等を把握し、ニーズや課題が明らかになり、サービス向上につながるのではないのでしょうか。</p> <p>3. 利用者満足度の向上の取組</p> <p>利用者満足度調査を行う際には、調査結果を事業運営に活かすために、質問項目の作成から結果の検証、改善までの一連のプロセスから調査内容を検討し、より良いサービス提供が利用者に反映できる仕組みを作ってはいかがでしょうか。利用者や家族等の声を聴く機会が増えることで、より理念に沿った介護サービスの提供とサービスの質の向上につながるのではないのでしょうか。</p> <p>4. その他</p> <p>今回、第三者評価を初めて受診されましたので、これを機会に自己評価の体制を整備され、定期的にサービス評価を実施されてはいかがでしょうか。</p>

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントを「評価結果対比シート」に記載しています。

(様式 6)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

評価結果対比シート

事業所番号	2671200018
事業所名	平盛デイサービスセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護予防通所介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成29年2月9日
評価機関名	一般社団法人 京都府介護福祉士会

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
I 介護サービスの基本方針と組織						
(1) 組織の理念・運営方針						
		理念の周知と実践	1	組織の理念及び運営方針を明確化・周知している。また、法人の経営責任者（運営管理者含む）及び事業所の職員全員が、理念及び運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	B	A
		組織体制	2	経営責任者（運営管理者含む）は、公正・適切なプロセスで意志決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	B	B
		(評価機関コメント)		1. 法人の基本理念(共感と信頼)・経営方針・目指す法人像・望ましい職員像を明文化し、目につきやすい事業所入口に掲げ、職員の意識を促すように掲示されていました。ホームページにも基本理念や経営方針を掲載することで、利用者家族に理解を深める取り組みをされていました。 2. 組織体制については組織図により明確にされており、月1回の職員会議で協議したことは施設長会議に報告され、又法人上層部からの指示、伝達事項は施設長会議を経て、職員会議、毎朝夕のミーティング等でスタッフで話し合う等、組織的な意思決定が明確になっていました。理事長、施設長の権限は明確になっていましたが、職種（相談員、看護師、介護職等）に応じた役割や権限が明記されていませんでした。		
(2) 計画の策定						
		事業計画等の策定	3	組織として介護サービスの向上に向けた計画を策定するとともに着実に実行している。また計画策定には多角的な視点から課題を把握している。	B	B
		業務レベルにおける課題の設定	4	各業務レベルにおいて課題が設定され、各部門全体が課題の達成に取り組んでいる。	C	C
		(評価機関コメント)		3. 単年度事業計画は策定されていましたが、制度の動向や地域ニーズ、改善すべき課題、問題点等、多角的に把握したうえで、理念・方針の実現に向けた中長期計画は策定されていませんでした。 4. 施設長がスタッフと定期的（年2回）に面談をされていましたが、それぞれの職種や業務レベルの課題を明確にし、具体的な解決を盛り込んだ計画は策定されていませんでした。		
(3) 管理者等の責任とリーダーシップ						
		法令遵守の取り組み	5	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	B	B
		管理者等によるリーダーシップの発揮	6	経営責任者又は運営管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業運営をリードしている。	B	B
		管理者等による状況把握	7	経営責任者又は運営管理者は、事業の実施状況等を把握し、いつでも職員に対して具体的な指示を行うことができる。	A	A

	(評価機関コメント)	<p>5. 施設長は介護保険集団指導に参加したり、必要事項は職員会議やミーティングで伝達されていましたが、職員が閲覧しやすいように関係法令のファイル化、リスト化がなく、職員がすぐに調べられる体制を整えられていませんでした。</p> <p>6. 施設長の役割や権限は「理事長等専決規定」に明記されていました。スタッフとの個別面談（年2回）以外にも職員会議やミーティングに参加し職員の意見を聞く機会を持ち事業計画に反映されていました。管理者自らを評価する仕組みはありませんでした。</p> <p>7. 施設長は職員会議や毎朝夕のミーティングに参加する他、ミーティングノート、各種報告書類等を確認し、事業の状況を把握されていました。携帯電話により連絡が取れる体制になっており、マニュアルや連絡網等を整備し緊急時には指示命令系統が明確になっていました。</p>
--	------------	--

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
II 組織の運営管理						
(1) 人材の確保・育成						
		質の高い人材の確保	8	質の高い介護サービスを提供できる人材の確保のために、必要な人材や人員体制についての管理・整備を行っている。	A	A
		継続的な研修・OJTの実施	9	採用時研修・フォローアップ研修等を実施し、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。また業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパービジョンを行う体制がある。	A	B
		実習生の受け入れ	10	実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>8. 人材育成の方針として、「望ましい職員像」を示し取り組まれていました。法人本部で職員の採用、配置を管理されていました。また、資格取得支援としては研修の受講や受験日の勤務調整をされていました。</p> <p>9. キャリアパスによって段階的な研修体制（初級・上級・監督職・管理者）を明文化されていましたが、事業所の年間研修計画は策定されていませんでした。月1回の職員会議では、職員の気づきを促すことや互いに学び合う勉強会などの開催について、口頭では説明を受けるも資料は確認できませんでした。</p> <p>10. 実習受け入れマニュアルは整備され、大学生の福祉体験や中学生の職場体験を積極的に受け入れていましたが、受け入れの基本姿勢を示したものが無く、実習指導者に対する研修は実施されていませんでした。</p>		
(2) 労働環境の整備						
		労働環境への配慮	11	質の高い介護サービスを提供することができるよう、職員の労働環境に配慮している。	B	A
		ストレス管理	12	職員の業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取り組みを行い業務の効率を高めている。また、スタッフが充分にくつろげ、心身を休めることができる休憩場所を確保し必要な環境を整備している。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>11. 有給休暇消化率や時間外労働のデータ等を、法人本部で一括管理されており把握されていました。年1回全職員へ自己申告シートを活用し就業の意向調査を実施されており、法人で検討されていました。また、育児・介護休業の規程も整備されていました。</p> <p>12. 休憩室は職員がくつろげ身を休めるスペースが確保されており、また福利厚生制度（ソウェルクラブ）にも加入されていました。しかし職員へのメンタルヘルスについて、産業医を配置し相談体制を整備されていましたが、職員への周知がされていませんでした。またハラスメントの規程がありませんでした。</p>		
(3) 地域との交流						
		地域への情報公開	13	事業所の運営理念を地域に対して開示し、広報するとともに、利用者と地域との関わりを大切にしている。	B	B
		地域への貢献	14	事業所が有する機能を地域に還元している。	C	A
		(評価機関コメント)		<p>13. 毎月広報誌「平盛だより」を作成し、利用者・家族へ配布され事業概要や活動報告に努めておられました。地域行事に利用者が参加する取り組みはありませんでした。</p> <p>14. 登録している地域住民に対し、午前中を無料で入浴できるように地域に開放されていました。地域ケア会議への参加や、認知症サポーター養成講座への協力等、事業所として参加されていました。</p>		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
Ⅲ 適切な介護サービスの実施						
(1) 情報提供						
	事業所情報等の提供	15	利用者（希望者含む）に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	A	B	
	(評価機関コメント)		15. 事業所情報はホームページやパンフレット、広報誌を通して情報提供されていました。しかし、問合せや見学希望者の対応について口頭では説明を受けるも資料は確認できませんでした。			
(2) 利用契約						
	内容・料金の明示と説明	16	介護サービスの利用に際して必要となる内容や料金について、利用者に分かりやすく説明し同意を得ている。	B	B	
	(評価機関コメント)		16. 契約書や重要事項説明書に、サービス利用料についての記載がありませんでした。また、権利擁護事業のパンフレットを用意しておられ、権利擁護事業を活用する仕組みがありました。			
(3) 個別状況に応じた計画策定						
	アセスメントの実施	17	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	B	B	
	利用者・家族の希望尊重	18	個別援助計画等の策定及びサービスの提供内容の決定に際して、利用者及びその家族の希望を尊重している。	A	A	
	専門家等に対する意見照会	19	個別援助計画等の策定に当たり、必要に応じて利用者の主治医・OT/PT・介護支援専門員・他のサービス事業所等に意見を照会している。	A	A	
	個別援助計画等の見直し	20	定期的及び必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	A	B	
	(評価機関コメント)		17. 初回には所定のアセスメント様式により、アセスメントをされていましたが定期的な見直しや見直しの基準がありませんでした。 18. サービス担当者会議において利用者、家族の意向、希望を確認して個別援助計画を策定し、同意を得られていました。 19. サービス担当者会議に参加するほか、状態の変化等が認められた時は、介護支援専門員を通して、主治医、訪問看護事業所から文書で情報を得るなど連携を図り計画を策定されていました。 20. 毎月モニタリングを行い、介護支援専門員に報告されていました。利用者の状況、援助内容等に変更ある場合は、計画の見直しをされていました。しかし作成手順や計画を変更する、見直す等の基準はありませんでした。			
(4) 関係者との連携						
	多職種協働	21	利用者のかかっている医師をはじめ、関係機関との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	A	
	(評価機関コメント)		21. 居宅介護支援事業所や地域包括支援センターが同一建物内にあり、いつでも連携を取れる環境がありました。利用者の入退院の際は、介護支援専門員を通して医療関係者と情報交換を行っておられました。			
(5) サービスの提供						
	業務マニュアルの作成	22	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順等）が整備され、職員に活用されている。標準的な実施方法は自立支援につながり、事故防止や安全確保を踏まえたものになっている。	B	B	
	サービス提供に係る記録と情報の保護	23	利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、管理体制が確立している。	B	B	
	職員間の情報共有	24	利用者の状況等に関する情報をスタッフ間で共有化している。	A	A	
	利用者の家族等との情報交換	25	事業者はサービスの提供にあたって、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A	

	(評価機関コメント)	22. 各マニュアルは整備され、朝夕のミーティングで、苦情や事故防止策などの具体案が反映される仕組みになっていました。毎年見直しをされていましたが、見直しの基準や、マニュアルを変更した場合の変更箇所が分かる仕組みはありませんでした。 23. サービス提供記録は整備されていますが、各書類の保存期間や、持ち出しについての規定がなく、個人情報保護の観点から職員への研修の機会がありませんでした。 24. 毎朝夕のミーティングで、確認事項や振り返り等により、情報を職員間で共有されていました。 25. 送迎時や、サービス担当者会議、連絡帳で家族と情報交換をされていました。			
(6) 衛生管理					
	感染症の対策及び予防	26	感染症の対策及び予防に関するマニュアルの作成等により、職員全員が感染症に関する知識をもってサービスの提供を行っている。	B	A
	事業所内の衛生管理等	27	施設（事業所）内における物品等の整理・整頓及び衛生管理を行い、効率的かつ安全なサービスの提供を行っている。	B	A
	(評価機関コメント)		26. 職員会議やミーティングで看護師を中心に感染症が発生する時期に応じて対策を話し合い、対処法及び予防法を周知されていました。感染症マニュアルの整備や勉強会を実施されていました。 27. 毎日職員が利用者帰宅後に施設内の清掃をされていました。浴室は午前中一般に開放されている為、午前と午後と2回清掃されていました。トイレもきれいに清掃され、気になる臭いもありませんでした。		
(7) 危機管理					
	事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	A
	事故の再発防止等	29	発生した事故等に係る報告書や記録を作成し、事故の再発の防止のために活用している。	A	A
	災害発生時の対応	30	災害発生時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	B	B
	(評価機関コメント)		28. 事故対応マニュアルを作成され、緊急連絡網により指揮命令系統が明確になりました。また送迎車にマニュアルを置き、事故等に適切に対応出来るように取り組んでおられました。 29. 事故が発生した時は、その日のミーティングで対応方法を検討し、再発防止に努めておられました。 30. 災害対応マニュアルを作成し、発生時の指揮命令系統が明確になっていましたが、災害が発生した時の対応について、地域との連携を意識したマニュアルがなく、訓練も行っておられませんでした。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
IV利用者保護の観点						
(1) 利用者保護						
		人権等の尊重	31	利用者本位のサービス提供及び高齢者の尊厳の保持に配慮したサービス提供を行っている。	A	A
		プライバシー等の保護	32	利用者のプライバシーや羞恥心について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。	A	A
		利用者の決定方法	33	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	A
		(評価機関コメント)		31. 倫理規定に「人権の擁護」を明文化し、毎日のミーティングで日常業務の振り返りを行うと共に、職員会議では高齢者虐待についての勉強会を行い、職員への意識付けをさせていました。 32. 排泄や入浴時の対応について、プライバシーに配慮する項目を介護マニュアルに明記し、職員に周知されていました。またベッドで横になられる方にはパーテーションを使用することで、他者からの視線に配慮し、利用者が過ごしやすい環境作りをさせていました。 33. 利用定員や、サービス提供地域外など事情がない場合は、基本的に申込みを受け付けておられました。		
(2) 意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	34	利用者の意向（意見・要望・苦情）を広く拾い上げ、収集する仕組みが整備されている。	B	B
		意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善	35	利用者の意向（意見・要望・苦情）に迅速に対応するとともに、サービスの向上に役立っている。	B	B
		第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口相談や苦情を訴えるための方法を、利用者及びその家族に周知している。	B	B
		(評価機関コメント)		34. 送迎時に意識的に意見や要望を伺い、ミーティングで共有しておられましたが、意見箱の設置や定期的な懇談会、利用者アンケートは実施されていませんでした。 35. 法人で苦情解決要綱に基づき対応方法が明記され、組織として対応する仕組みはありませんでした。また利用者、家族からの相談があればミーティングで検討されていましたが、その対策を公開する仕組みはありませんでした。 36. 重要事項説明書に、事業所の相談窓口や公的機関は明記されていますが、相談窓口を事業所内に掲示、広報誌に掲載するなど利用者、家族への周知が十分にできていませんでした。		
		利用者満足度の向上の取組み	37	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立っている。	C	C
		質の向上に対する検討体制	38	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、運営管理者を含む各部門の全職種の職員が積極的に参加している。	A	A
		評価の実施と課題の明確化	39	サービス提供状況の質の向上のため、定期的に評価を実施するとともに、評価結果に基づいて課題の明確化を図っている。	C	C
		(評価機関コメント)		37. 利用者からの要望は、送迎時や直接話をする意識を持ち確認されていましたが、利用者に対する満足度調査やアンケートは実施されていませんでした。 38. 毎月職員会議を開催し、利用者からの意見をもとにサービス内容を検討されていました。年2回市内の事業所連絡会に参加し、他事業所との意見交換や交流をする等、サービス向上に関して情報交換をする機会がありました。 39. 自己評価のできる体制がありませんでした。		